

受付年月日	係印	符号	受験番号
令和 年 月 日			

令和 8 年度

奥州市職員採用試験受験申込書

(A4印刷) ※両面印刷推奨

受験希望職種		<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 看護師				
ふりがな						(写真欄) 1 この欄の写真は申込み提出の際に必ず貼ってください。 2 写真の裏側に氏名を記入してから貼ってください。 3 写真は申込前3か月以内に撮影した上半身、脱帽、正面向きで本人と確認できる縦4cm、横3cmのものを貼ってください。 令和 年 月 撮影
(姓)				(名)		
生年月日	昭和 年 月 日生	平成	年齢	歳(令和8年4月1日現在)		
現住所(〒 -)		Tel()-()-()		携帯()-()-()		
		Mail(@)				
通知の際の連絡先(受験後、連絡の確実にとれる連絡先を記入してください。現住所と同じ場合は同上と記入してください。)						
(〒 -)		Tel()-()-()				
■記入上の注意 1 記載事項に不正があると受験資格又は採用が取り消されることがありますので注意してください。 2 黒のインク又はボールペン(消えるボールペンは不可)でいねいに書いてください。なお、記入もれがないように注意してください。 3 数字は算用数字を使用してください。 4 学歴、経歴、免許・資格欄で記入しきれない分は、別紙(任意様式)に記入してください。 5 メールアドレスは数字やアルファベットの区別がつくように記入してください。 ※ 申込みは奥州市医療局経営管理部経営管理課(〒023-0053 奥州市水沢大手町三丁目1番地)まで ※ 申込み期限は「令和8年度奥州市医療局職員採用試験受験案内【随時日程】採用スケジュール」の各区分を確認してください。(郵送の場合は受験案内に記載の採用スケジュールの希望する採用日の受付期間最終日午後5時15分までに奥州市医療局経営管理部経営管理課に到着したものに限り受け付けます。)						
※ 同封提出物確認欄…同封した書類に☑をお願いします。 <input type="checkbox"/> エントリーシート <input type="checkbox"/> 受験票送付用長形3号封筒(110円分の切手を貼付し、氏名及び送付先を明記のこと) <input type="checkbox"/> 資格・免許を有することを証する書類の写し ※受験資格と関係ない資格・免許等の写し及び運転免許証の写しの添付は不要						
学歴(中学校から最終学歴まで順序に記入してください。)						
学校名	学部名	学科・専攻名	期間	修学区分(○で囲む)		
中学校			年 月から 年 月まで			
			年 月から 年 月まで	・卒業 ・卒業見込 ・中退(学年)		
			年 月から 年 月まで	・卒業 ・卒業見込 ・中退(学年)		
			年 月から 年 月まで	・卒業 ・卒業見込 ・中退(学年)		
裏面へ						

経歴（最終学校卒業後、現在までの状況（職歴、在家庭など）は空白期間が生じないように記入してください。）

期 間	年数等	勤務先名称及び所在地等	職務内容・雇用形態	退職理由
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				
年 月から 年 月まで				

免許・資格（受験資格となる免許・資格は必ず記入してください。）

名 称	免許資格取得（見込）年月日	免許資格付与機関名
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

私は、次の各号のいずれにも該当しておりません。また、申込書およびエントリーシートの記載事項はすべて事実と相違ありません。

- (1) 拘禁以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの人
- (2) 奥州市職員として懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から2年を経過しない人
- (3) 日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した人

令和 年 月 日 氏名（自署） _____